

Iolanda Évora

## Comportamento de prevenção ao HIV/SIDA entre jovens de origem cabo-verdiana em Portugal

Apresentado no II Encontro Internacional, Migrantes Subsaharianos na  
Europa - SociNova, Odivelas 25 de Maio de 2007

*O CEsA não confirma nem infirma  
quaisquer opiniões expressas pelos autores  
nos documentos que edita.*

Este estudo que realizámos, e cujos resultados parciais aqui apresentamos, trata do comportamento de prevenção da população jovem cabo-verdiana imigrada em Portugal em relação ao HIV/SIDA. Os promotores deste trabalho foram duas instituições de Cabo Verde: o Ministério dos Negócios Estrangeiros e o Comitê de Coordenação do Combate à Sida de Cabo Verde, com o patrocínio do Banco Mundial.

O objectivo deste estudo foi o de compreender a relação (ou o hiato) existente entre o conhecimento que os jovens têm sobre o HIV/SIDA e as suas práticas de prevenção no dia-a-dia. Igualmente, procurámos explorar as possíveis interferências do factor imigração nas atitudes e teorias dos jovens sobre o VIH/SIDA e as condutas que consideram as mais seguras. O estudo inclui-se, portanto, entre os que procuram fundamentar propostas de educação para a saúde relacionada ao VIH/SIDA, a partir da compreensão da forma como as diferentes populações ou colectividades concebem o cuidado com a saúde.

O estudo foi realizado com jovens de origem cabo-verdiana a viver em Portugal, tendo nascido ou não em Cabo Verde. Abrangemos ambos os sexos de forma eqüitativa (8 homens e 7 mulheres), com idades entre 16-26 anos e que vivem em bairros de realojamento social, ou seja, bairros construídos pelas estruturas municipais em substituição a bairros de lata. As regiões abrangidas foram as que apresentam um grande número de caboverdianos e seus descendentes: Lisboa, Grande Lisboa e Loulé. Consideramos que a pertença a tais espaços circunscreve a situação social e económica deste grupo pois, embora questionável, a definição *bairros de realojamento* contém uma categorização social, em larga medida, atribuída pelo sistema de classificação social dominante a jovens de origem imigrante no país. Portanto, consideramos esta definição por causa das suas implicações na experiência social destes jovens e nas condições materiais e simbólicas de existência, das quais dependem as decisões quotidianas em relação aos cuidados com a saúde e a prevenção.

Optámos pela utilização de uma metodologia qualitativa de recolha de dados que permitisse um estudo exploratório, em profundidade, e a identificação de determinados padrões de comportamentos e de percepção. Esta metodologia, desenvolvida por Rodrigues (1978, 1999) nos pareceu mais adequada para alcançarmos conteúdos *irracionais*, denominação esta frequentemente atribuída pelas ciências sociais a factores que “existem, mas que não podem ser apreendidos pela razão” (Rodrigues, 1999, p.4). Como refere a autora, trata-se de tentar alcançar “aquilo que não pode ser medido, mas que é digno de ser conhecido”, ou seja, os conteúdos emocionais e os significados mais profundos das explicações dos jovens acerca dos comportamentos preventivos em relação ao HIV/SIDA. Realizámos entrevistas individuais, em

profundidade, de forma a levar os sujeitos a produzir um material capaz de revelar as representações, o tipo de percepção, os recursos explicativos utilizados e as explicações que produzem, a partir das posições que ocupam no interior dos seus grupos, em particular, a posição relativa à imigração e ao HIV/SIDA. A partir de uma reflexão sobre si mesmo (*discurso livre*), identificámos os temas de interesse e preocupação de cada jovem entrevistado, a sequência dos temas e a forma como o jovem interliga os aspectos da sua vida e do seu mundo. Sobretudo, procurámos reconhecer o lugar onde os sujeitos colocam a questão da SIDA entre os temas da sua vida. Com as *Perguntas Intermediárias* propunhamos explorar as questões sobre HIV/SIDA que interessavam ao projeto e que não tinham sido trazidas, de forma espontânea, pelo jovem na primeira parte do *discurso livre*. Por fim, o *Questionário sócio-económico* permitiu chegar às condições de vida deste grupo em Portugal e também à história familiar. Incluímos aqui questões sobre a migração do seu grupo familiar nas suas diferentes fases e para cada um dos seus membros.

### ***O conhecimento sobre o HIV/Sida***

A análise do material obtido pelas entrevistas indica que este grupo possui um conhecimento generalista sobre o risco da SIDA e o funcionamento do vírus, centrado no contágio por via sexual e na ideia de que a presença da doença conduz à morte. A explicação sobre as vias de contágio e suas consequências mostra que encontram-se retidas, para este grupo, informações que já foram substituídas por hipóteses mais avançadas no âmbito dos produtores do saber: há os que trazem informações incorrectas sobre as formas de propagação do vírus (pelo toque, uso da mesma cadeira ou de objectos utilizados por quem está contaminado) e também não se referem ao desenrolar da doença, ao que acontece depois da contaminação ou tempo de incubação. Os jovens não demonstram iniciativa de aproximação à informação sobre o VIH/SIDA (obtida entre os amigos, pela televisão, na escola ou serviços de saúde), nem é prática, entre eles, procurar informação mais actualizada e específica, referente às novas descobertas científicas. Em geral, as informações parecem *vir até eles* pela televisão ou, no caso das moças, por meio de prospectos que lhes são facultados nos centros de saúde ou por campanhas dirigidas às escolas, lugar onde permanecem mais tempo do que os rapazes. Não há relatos em que minimizem as consequências da Sida; ao contrário de estudos com jovens universitários como o de Rodrigues (1999), que alertam para a possibilidade dos bons conhecimentos que estes têm novos medicamentos e os coquetéis estarem a estimular os comportamentos de risco, os jovens deste estudo não parecem reconhecer que novas

terapêuticas e formas de prolongar a vida com Sida permitem suspender a sentença de morte que a doença traz consigo.

O distanciamento que descrevem em relação à informação sobre o HIV/SIDA remete-nos ao medo intrínseco que a epidemia traz, por não serem totalmente conhecidas as terapias que podem contê-la, facto este que, como vêm mostrando as pesquisas, mantém a associação da Sida com a morte. Neste sentido, os comportamentos de risco devem ser interpretados como integrantes do mesmo núcleo de explicações (simbólicas) adoptadas em face de situações de risco de morte, quando poucos factores são objectivamente controláveis. Nestes casos, a negação do risco é um dos mecanismos mais presentes nas condutas e, muito além de razões sócio-económicas, estaríamos perante um distanciamento que favorece a negação em relação à morte e a um episódio sobre o qual o grupo sente que não tem controle. Ainda mais, neste caso, em que estamos perante um grupo (jovens) para o qual as questões da mortalidade se encontram mais distantes, não favorecendo o hábito de exames regulares da saúde em geral e, muito menos, a iniciativa espontânea de recorrer a testes para a detecção do vírus.

A não adopção corrente de cuidados adequados aponta para a existência de um hiato entre o conhecimento que possuem sobre o HIV/Sida e as práticas de prevenção quotidianas esperadas; sendo o preservativo conhecido de todos, a sua utilização é rara, ocorrendo somente em situações consideradas de grande perigo -referidas apenas pelos rapazes, ou seja, quando o sexo é praticado com moças que diversificam *excessivamente* os seus parceiros, estão envolvidas com pessoas de *alto risco*, ligadas ao mundo do tráfico de drogas ou *já andaram com rapazes de fora do bairro*. À excepção destes tipos de encontros sexuais, os jovens colocam o perigo da sua contaminação no mesmo grau em que *todas as pessoas estão sujeitas* e, à excepção de uma jovem, descrevem um quotidiano de vida em que não têm contacto com pessoas vivendo com o HIV/Sida.

Relativamente à fraca utilização do preservativo, a análise dos discursos mostrou que a frequência das relações sexuais inclina-se muito mais para relações esporádicas e fora de um contexto que configure uma relação continuada com um parceiro, podendo-se reconhecer idas e vindas em relação a um mesmo parceiro, no meio das quais, outras relações são vividas e experimentadas. Coincide, ainda, com a característica de que, para este grupo, o namoro não é concebido sem sexo e este, por sua vez, não é concebido sem penetração, reservando-se aos demais actos durante uma relação sexual (como sexo oral ou sexo anal), a denominação de *aquelas outras coisas*, sobre as quais os parceiros não trocam impressões ou opiniões. Acrescenta-se que, para a maioria, a primeira relação sexual não sucedeu a um acordo prévio

(explícito)sobre a sua ocorrência ou utilização de métodos preventivos, tendo por base, ao contrário, motivações como confiança, vínculo amoroso, oportunidade ou curiosidade.

Por outro lado, a utilização do preservativo como medida de protecção em relação ao HIV/SIDA sequer é mencionada espontaneamente, ao contrário da frequência com que é lembrado (por quase todos) quando se referem à sua maior preocupação ligada ao sexo: a ocorrência de uma gravidez indesejada. Este é, certamente, o tema ligado ao sexo que aparece de forma mais espontânea, sobretudo entre as jovens, mas, igualmente, entre os rapazes quando reflectem sobre o risco que é imediatamente associado ao sexo. Uma das jovens considera que parece fazer parte da cultura do grupo uma *ideia* mítica de continuar com a raça e ter um número elevado de filhos que, na sua opinião, *acaba por ser criança a tomar conta de criança*. Aponta que, neste caso, parece haver uma reprodução do que acontece com as mães destes jovens, que também têm filhos precocemente e a quem também faltou o apoio familiar e os esclarecimentos sobre determinados assuntos.

Igualmente, a fraca menção ao preservativo deve ser remetida a um contexto em que, sobretudo as jovens, se queixam das dificuldades de aprendizagem por intermédio dos pais, cabo-verdianos/africanos, ligados a uma cultura tradicional que não prevê uma abertura sobre o tema do sexo entre gerações. As jovens é que afirmam que, por causa desse silêncio, muitas vezes, recorrem a irmãs ou irmãos mais velhos, tios ou primos com quem vivem e falam sobre suas mudanças físicas e comportamentais resultantes do amadurecimento sexual e emocional. Este facto não parece ser preocupação para os rapazes que afirmam recorrer muito mais aos amigos para tirar suas dúvidas e esclarecer sobre *o que deve ser feito*.

### ***A negociação como factor de prevenção***

As interpretações sobre o (não) uso do preservativo remetem-nos ao alerta das campanhas educativas em geral que propõem o planeamento e a negociação com o(a) parceiro(a) sobre prática de sexo seguro, visando o uso do preservativo e/ou sexo sem penetração (Monteiro, 2002). No caso estudado, a compreensão de formas de negociação características do mundo da economia doméstica trouxe importantes indicações sobre as contradições que devem ser resolvidas no mundo da economia sexual, sugerindo que as campanhas educativas devem reconhecer, em primeiro lugar, as formas de negociação específicas entre os parceiros de um determinado grupo social, nas áreas (e situações) em que estas negociações são mais frequentes e facilitadas. Neste estudo, dirigimos a atenção para os processos menos explícitos

de negociação, para os acordos simbólicos que pretendem a preservação dos papéis socialmente esperados de homens e mulheres. Por exemplo, as alterações percebidas em relação ao valor da virgindade mostram que, se é certo que pressupõem mudanças no status social das mulheres, não permitem concluir, de imediato, que se traduzem no reconhecimento social de um maior controle das mulheres sobre a sua vida sexual e afectiva; ao contrário, estamos perante um campo de profundas contradições pois, se por um lado, não é esperado que a virgindade se mantenha antes do casamento, são evidentes, porém, os cuidados dos rapazes e dos pais para que as moças do grupo não iniciem a sua vida sexual fora da comunidade ou mantenham relações com *desconhecidos*. As tentativas de controle parecem servir à preservação dos papéis de homem e mulher, num contexto em que são claras as contradições entre as exigências do papel social masculino de provedor (apontados pelos sujeitos dos dois sexos) e as circunstâncias de vida dos rapazes deste grupo, sujeitos às limitações do desemprego ou do emprego pouco valorizado, sem perspectivas de futuro e com salários baixos que os fragilizam no papel masculino desejado. A par deste enfraquecimento, não são reconhecidas as contribuições das mulheres para a economia do grupo e, embora muitas vezes os seus ganhos sejam a principal fonte de sustento das famílias, quando há um homem também a contribuir em casa, os salários das mulheres são considerados como complementos ao rendimento familiar. Esta forma de negociação –que, por meio de um acordo tácito entre os envolvidos, escamoteia uma situação real para preservar determinadas atribuições de papéis de género –, estende-se ao campo do comportamento sexual, onde ao aprendizado do jovem no papel do homem provedor e frequentador da rua, corresponde a atribuição da responsabilidade e decisão acerca da presença/ausência do preservativo nas relações sexuais. Por seu lado, as atribuições da jovem devem reforçar a sua identificação com o meio familiar e com os cuidados domésticos, responsabilizando-se, por isso, pelo controle da gravidez. A interiorização da divisão de responsabilidades que este exemplo ilustra, favorece a ausência de diálogo entre parceiros sobre os factores de protecção e prevenção e explica porque as preocupações com o risco de gravidez remetem apenas à esfera de vida da jovem, não sendo mencionadas prováveis consequências e alterações na vida do parceiro com a vinda de uma criança.

A constatação desta forma de divisão e preservação de roteiros e assimetrias entre os géneros mostra a subtilidade dos processos de manutenção ou transformação das assimetrias de género (por exemplo, o controle, não revelado, que as jovens exercem sobre a gravidez, de acordo com as suas expectativas em relação ao parceiro), em substituição à negociação e ao provável conflito explícitos acerca das práticas sexuais seguras. Ainda mais, chama a atenção para as

condutas e as explicações que o grupo cria e adota colectivamente, como formas que, na sua percepção garantem a sua protecção, de um modo mais ou menos adequado às indicações da ciência acerca da prevenção. Entre estes factores, a análise que realizamos destacou as importantes qualidades de protecção e segurança que, de modo inconsciente, são atribuídas a factores de proximidade interpessoal que o meio social do grupo ou comunidade proporciona e favorece.

### ***A familiaridade como factor de protecção***

Ultrapassando a questão da saúde/doença, os estudos apontam que os núcleos simbólicos relativos à sensação de protecção em geral, associam o universo doméstico às relações afectivas, amorosas, de hospitalidade, segurança, reprodução e sobrevivência (Rodrigues, 1999; Monteiro, 2002). Tais representações, encontradas neste estudo, contrastam com as representações da rua como o lugar do trabalho, da incerteza, do anonimato, da luta quotidiana, da imposição legal, da discriminação e das restrições anunciadas à condição de sujeito pela pertença à imigração. Estas correspondências são centrais, na medida em que, pela análise realizada, a familiaridade e a confiança no parceiro constituem o núcleo central da noção de protecção construída pelos jovens, em oposição à insegurança representada pelo desconhecido e não familiar. Quer dizer que, embora entre as razões apresentadas para a não prevenção encontremos o motivo do *desconforto* ou *incómodo* do uso do preservativo, conhecer bem o parceiro é a viga mestre das representações que sustentam a opção pelo não uso do preservativo, mesmo que este conhecimento não se sustente numa convivência prolongada com o mesmo; familiaridade pode significar saber onde mora, com quem saiu, a que família pertence e, principalmente, se é da mesma comunidade de imigrantes. Esta lógica de protecção elucida sobre as visões dos rapazes e das moças em relação ao universo do sexo oposto, conduzindo a uma hierarquização dos seus membros que, para os rapazes está com a categorização da jovem; o uso do preservativo não se justifica se for namorada, de casa, se não conviver intimamente com rapazes (sobretudo de outras regiões), se não tiver uma vida sexual muito activa e diversificada, em termos de parceiros, e não frequentar, com muita assiduidade, os lugares de encontro social (a rua, as discotecas e as festas). Para as moças, a hierarquização depende do interesse do rapaz em ter um relacionamento amoroso, muito mais que sexual, e de ter “boas intenções”, quer dizer, de ser um potencial candidato no seu mercado amoroso e matrimonial, mesmo que estas expectativas não sejam realizadas no futuro.



Vários estudos vêm demonstrando que, de um ponto de vista simbólico, o conhecimento em relação ao parceiro funciona como protecção e justifica a não adopção de medidas de práticas sexuais seguras. Neste estudo, verificamos que, se por um lado, a familiaridade coincide com a valorização das actividades partilhadas, das trocas, da vizinhança, dos laços, da aproximação e da integração com os que são mais próximos (familiares e amigos), por outro, conclui-se que a base da lógica da protecção no âmbito das relações sexuais/amorosas considera: a exclusividade sexual, a proximidade, o conhecimento e familiaridade e o vínculo amoroso. Estes aspectos ganham relevância pelas características do contexto familiar e social (de uma comunidade imigrante) onde são encontrados os pares sexuais destes jovens, o que, na sua percepção, os mantém distantes do risco, mesmo praticando sexo sem protecção. Quer dizer que, a ideia de fazer parte do mesmo grupo (de imigrantes) funciona como importante justificativa para as atribuições de confiança e, consequentemente, para a prática sexual sem preservativo. Objectivamente, porém, a familiaridade e confiança são rapidamente atribuídas a pessoas que, não sendo do meio, têm o seu carácter avaliado de forma vaga (*é uma boa pessoa*), por pertencerem a grupos facilmente identificáveis e próximos com quem o jovem descobre algum tipo de identificação, como outros colectivos de imigrantes de origem cabo-verdiana ou de origem africana, em geral.

A imigração apresenta-se, assim, como um elemento importante da constituição da *familiaridade* e *confiança*, apressando o estabelecimento de comportamentos de não protecção nas relações mais íntimas. Mas, sendo um dos principais factores da vulnerabilidade social destes jovens e do seu grupo, apresenta, fortemente, um potencial como mais um dos factores de risco para indivíduos cujo grupo de referência tem um papel importante de protecção em relação a um mundo exterior, vivido como hostil e que rejeita o imigrante como tal. Estes factos reforçam a tendência do indivíduo voltar-se, cada vez mais, para o interior do seu grupo e, também, a ideia da comunidade como o ambiente mais seguro, a par com o aumento da percepção de um mundo exterior de onde vêm todos os perigos, incluindo os que se referem às doenças sexualmente transmissíveis, em geral.

Para a análise das articulações entre a lógica da saúde e a lógica da protecção diante das ameaças da vida quotidiana, deve-se considerar que a experiência social destes jovens acontece, sobretudo, no seio da comunidade a viver em Portugal, na medida em que a sua curta permanência no sistema formal de ensino não permite apontar a escola como um importante lugar de vivência social. Por conseguinte, ao invés do foco na responsabilidade pessoal e na abordagem epidemiológica, a política de prevenção centrada na dimensão simbólica da protecção de jovens do segmento popular deve considerar, no caso aqui

estudado, o imaginário social construído em torno do imigrante, o que alimenta e difunde a percepção sobre o imigrante e a percepção dos jovens sobre o seu grupo: a atribuição de aspectos negativos de personalidade e da presença em Portugal, a percepção de protecção encontrada nos vínculos de amizade, solidariedade e o valor das formas de interacção social e da rede familiar e de vizinhança.

### ***A imigração como factor de vulnerabilidade ao HIV/Sida***

Constatada a relevância da pertença a uma colectividade imigrante para estes jovens e que o seu sistema simbólico de protecção depende, em grande parte, da referida pertença, as propostas de prevenção devem partir da vulnerabilidade da condição de imigrante atribuída a esta comunidade, porém, recusando uma visão culturalista que impute somente à herança cultural e às tradições de origem do grupo as explicações para as especificidades das condutas desta colectividade; é preciso associar a experiência social destes jovens, baseada em importantes identificações que mantêm com Portugal e o lugar onde vivem, e na partilha de símbolos adolescentes e nacionais com jovens portugueses ou de outras comunidades imigrantes. A nosso ver, as condições materiais e objectivas de vida circunscrevem, de forma especialmente restritiva, a existência social destes jovens, reforçando a ideia de que se sentem particularmente identificados com a comunidade de origem imigrante, em contraste com a pouca referência que recebem os factores de identificação e pertença que os vinculam a Portugal, muito mais do que ao país dos seus parentes. São, assim, reforçados, os aspectos que imputam aos jovens descendentes um conflito interno de pertença, correspondente a uma imposição externa de definição social de pertença e, ao mesmo tempo, a um sentimento de ilegalidade da sua presença ao lugar, Portugal.

Queremos, com isto dizer que, em primeiro lugar, ao apontarmos que, para este grupo, a familiaridade e a confiança nos parceiros pertencentes ao mesmo colectivo (imigrante) são importantes recursos de protecção, esclarecemos como a transmissão adequada (e sempre actualizada) de informações sobre o VIH/SIDA somente terá efeitos se as políticas de prevenção também estiverem fundamentadas num conhecimento sobre os sistemas culturais e de crenças que sustentam as práticas de cuidados com a saúde. No entanto, as atribuições sociais negativas reservadas aos imigrantes tendem a apontar a cultura, as crenças, as experiências colectivas, os comportamentos sexuais específicos dos imigrantes como razões duráveis e definitivas para a sua vulnerabilidade em vista do VIH/Sida (e ameaça de contágio para as populações nacionais), actualizando, antigas questões que continuam válidas quando

aplicadas aos dois termos (imigração/Sida) e dizem respeito à questão fantasmática do imigrado como vector de doenças. Para além da questão do “perigo” infeccioso, o estigma vem sempre se ancorar na desconfiança e rejeição que preexistem à epidemia e na qual ela confronta o bem-estabelecido (Pollack, 1992). Estes aspectos são suficientes para se confirmar a recorrência e a repetitividade dos esquemas que aplicam a ideia de uma ameaça, tal como no mundo do trabalho (ameaça ao emprego dos nacionais) ou do espaço da cidade (ameaça para a ordem social). Portanto, o investimento do campo teórico e empírico da epidemia no meio imigrante não deve permitir a “naturalização do cultural”, que costuma servir de explicação *ad hoc* para os problemas complexos da tomada em conta da doença entre os imigrantes (Fassin 2000). Esta forma de abordar os imigrantes, favorece a operacionalização de uma política étnica do SIDA, por delegação de actividades de prevenção, e mesmo de cuidados, a intervenientes que reivindicam um conhecimento particular destas populações, ignorando o processo lento de entrada dos imigrantes no tempo social da sociedade de destino (Dasseto, 1990) e, em especial, a sua inscrição nos anais da história do lugar ao qual agora pertencem. Como vimos no estudo, aos próprios jovens, é-lhes é dada, como primeira história, a história familiar, evocando algo que os torna diferentes dos jovens autóctones.

Portanto, a nosso ver, mais assinalável ainda entre os resultados deste trabalho, é a constatação de que, o destaque de tal sistema de protecção demonstra a fraqueza de outras inserções sociais, a inexistência de outros espaços e contextos que deveriam proporcionar aos jovens as condições para a elaboração (colectiva) de sistemas de protecção (conscientes e inconscientes), efectivamente adequados às práticas sexuais seguras e baseados num conhecimento consistente e permanentemente actualizado acerca do HIV/Sida e das doenças sexualmente transmissíveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DASSETO, F. (1990) Pour une théorie des cycles migratoires, In: BASTENIER, A. e DASSETO, F. (eds), *Immigrations et Nouveaux Pluralismes- une confrontation de sociétés*, Bruxelles, Universitaires; De Boeck Université Ed., 1990, p. 11-39.

FASSIN, D. (1999) " L'indicible et l'impensé. La « question immigré » dans les politiques du sida", *Sciences Sociales et santé*, 17(4), pp. 5-36.

\_\_\_\_\_ (2000) " Les politiques de L'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, 153, p.231-250.

\_\_\_\_\_ (2001a) "L'alterité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration", *Revue Européenne des Migrations Internationales*, (17) 2, p. 139-151.

LOYOLA, M. A. (org.) *AIDS e Sexualidade- o ponto de vista das Ciências Humanas*, Rio de Janeiro, Ed. Relumare Dumará/UERJ.

MONTEIRO, S. (2002) *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

POLLACK, M. (1992) " Attitudes, beliefs and opinions", in POLLACK, M., PAICHELER, G. E PIERRET, J. (eds) *AIDS. A problem of sociological research*, Londres, Sage Publications.

RODRIGUES, A. M. (1978) Operário, Operária. Estudo exploratório sobre o operariado industrial da Grande São Paulo, São Paulo: Símbolo.

RODRIGUES, A.M. (1999) "O hiato entre conhecimento sobre as vias de transmissão e as práticas de prevenção em relação à AIDS entre estudantes da USP: a actuação das ideologias colectivas de defesa", São Paulo, USP/FAPESP, (mimeografado).

## **O CEsa**

*O CEsa é um dos Centros de Estudo do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa, tendo sido criado em 1982.*

*Reunindo cerca de vinte investigadores, todos docentes do ISEG, é certamente um dos maiores, senão o maior, Centro de Estudos especializado nas problemáticas do desenvolvimento económico e social existente em Portugal. Nos seus membros, na maioria doutorados, incluem-se economistas (a especialidade mais representada), sociólogos e licenciados em direito.*

*As áreas principais de investigação são a economia do desenvolvimento, a economia internacional, a sociologia do desenvolvimento, a história africana e as questões sociais do desenvolvimento; sob o ponto de vista geográfico, são objecto de estudo a África Subsariana, a América Latina, a Ásia Oriental, do Sul e do Sudeste e o processo de transição sistémica dos países da Europa de Leste.*

*Vários membros do CEsa são docentes do Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional leccionado no ISEG/"Económicas". Muitos deles têm também experiência de trabalho, docente e não-docente, em África e na América Latina.*

## **Os autores**

*IOLANDA ÉVORA*

*Iolanda Maria Alves Évora- Psicóloga Social pela Universidade de São Paulo, Brasil, investigadora associada do Centro de Estudos sobre África e do Desenvolvimento (Cesa,Iseg), ao abrigo do Programa Ciência 2008 da Fundação para a Ciência e Tecnologia de Portugal (FCT). Desde 1998 conduz trabalhos de investigação sobre dimensões psicossociais da migração cabo-verdiana, primeiro realizando investigação sobre as mulheres de origem cabo-verdiana em Itália e, mais recentemente, sobre transnacionalismo, processos associativos em contexto migratório e concepções e discursos sobre a diáspora cabo-verdiana dentro e fora do arquipélago. No campo da saúde/imigração tem estudado, nomeadamente, aspectos das percepções e atitudes dos jovens face ao VIH/Sida. Recentemente, participa de equipas de investigação sobre processos organizativos em contextos de trabalho informal como as feiras e mercados no Brasil, Guiné-Bissau e Cabo Verde. Lecciona disciplinas de Psicologia Social e Organizacional e Metodologia Qualitativa em licenciaturas e mestrados do ensino superior no Brasil, em Cabo Verde e em Portugal.*

***Centro de Estudos sobre África e do Desenvolvimento***  
*Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG/"Económicas")*  
*da Universidade Técnica de Lisboa*

*R. Miguel Lupi, 20                      1249-078 LISBOA                      PORTUGAL*  
*Tel: + / 351 / 21 392 59 83              Fax: [...] 21 397 62 71              e-mail: cesa@iseg.utl.pt*  
*URL: <http://www.iseg.utl.pt/cesa>*